



Mitgliedsantrag

CVJM Raumland, In der Hude 3, 57319 Bad Berleburg
Email: info@cvjm-raumland.de, <https://www.cvjm-raumland.de>

Hiermit möchte ich als Mitglied im CVJM-Raumland aufgenommen werden.

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: (_____) _____ Geburtsdatum: _____._____._____

Email: _____

1. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die Einladung zur Mitgliederversammlung auch dann ordnungsgemäß ist, wenn sie mir über die hier angegebene elektronische Nachrichtenverbindung übermittelt wird.
2. Mit meiner Unterschrift erkenne ich außerdem die Satzung des Vereins an.
3. Mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten zur Erfüllung des Vereinszwecks und der in der Satzung definierten Aufgaben bin ich einverstanden. Alle Daten werden während der Mitgliedschaft zur Vereinsverwaltung auf elektronischen Datenträgern gespeichert.
4. Ich erkläre mein Einverständnis mit der (unentgeltlichen) Verwendung der fotografischen Aufnahmen meiner Person, die im Rahmen von Veranstaltungen des Vereins angefertigt werden, für die folgenden Zwecke: Führung einer Chronologie, Weitergabe an die Presse, Nutzung auf Einladungen/Flyern, Nutzung auf der Webseite. Eine Verwendung der fotografischen Aufnahmen für andere Zwecke oder ein Inverkehrbringen durch Überlassung der Aufnahmen an Dritte ist unzulässig.
Diese Einwilligung ist freiwillig. Wird sie nicht erteilt, entstehen keine Nachteile. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Datum/Unterschrift: _____

Bei Minderjährigen Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten:

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE73 ZZZ 0000 0092 357, Mandatsreferenz: entspricht der Mitgliedsnummer

Ich ermächtige den CVJM Raumland, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom CVJM Raumland auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Einzug wird zum 15.11. eines Jahres durchgeführt.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname/Name): _____

IBAN: DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Kreditinstitut: _____

Datum/Unterschrift Kontoinhaber: _____

<i>Mitgliedsbeitrag/Monat:</i>	
8-15 Jahre	1,00 EUR
16-18 Jahre	1,50 EUR
ab 19 Jahre	4,00 EUR
Ehepartner/Auszubildende/ Studenten/Bundesfreiwilligen- dienstleistende:	2,50 EUR

Stand: 09.03.2011